

شیوع ملاسما در بین زنان شهر اردبیل در سال ۱۳۸۱

دکتر حسن عدالتخواه^۱، فیروز امانی^۲، دکتر گیتی رضایی فر^۳

۱- استادیار، گروه پوست، ۲- مربی، گروه آمار زیستی، ۳- پزشک عمومی؛ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه: ملاسما به طرحی از پیگمانتاسیون ناحیه صورت اطلاق می شود که لب فوقانی، گونه ها، پیشانی و چانه را درگیر می کند. بیماری عمدتاً در خانمهای ۳۰-۵۵ سال دیده می شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. ماهیت دقیق اتیولوژیک ملاسما هنوز ناشناخته مانده است.

هدف: بررسی میزان شیوع ملاسما در زنان شهر اردبیل.
روش اجرا: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که در سال ۱۳۸۱ انجام شده است. روش نمونه گیری بصورت خوشه ای بود که در آن تعداد ۸۵۵ نفر از زنان شهر اردبیل در محدوده سنی ۱۲-۸۵ سال از ۸۵۵ خانوار واقع در ۲۵ پایگاه بهداشتی در کل شهر اردبیل انتخاب شدند (از زنان بالای ۱۱ سال، هر خانوار یک نفر به طور تصادفی). سپس اطلاعات مورد نیاز بر اساس پرسشنامه طراحی شده از قبل، جمع آوری

و با استفاده از آمار توصیفی در قالب جداول فراوانی و فراوانی نسبی و آمار تحلیلی در قالب آزمونهای ANOVA، X^2 در نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: شیوع ملاسما در بین زنان شرکت کننده در مطالعه ۳۹/۵٪ بود. ۹/۵٪ از زنان حامله بودند. انتشار پیگمانتاسیون عمدتاً بصورت centropacial (۶۴/۷٪) بود و در ۴۰/۸٪ موارد سابقه مثبت خانوادگی وجود داشت.

نتیجه گیری: ملاسما بیماری شایعی در اردبیل بوده و مطالعات تکمیلی برای یافتن علت و درمان آن مورد نیاز می باشد.

واژه های کلیدی: ملاسما، شیوع ملاسما، الگوی بالینی ملاسما

فصلنامه بیماریهای پوست، زمستان ۱۳۸۲؛ ۲۶: ۷۷-۷۲

مقدمه

ملاسما به طرحی از پیگمانتاسیون ناحیه صورت اطلاق می گردد که عمدتاً در خانمها دیده می شود و ممکن است یک تغییر فیزیولوژیک دوره حاملگی باشد. در ایجاد ملاسما مکانیسم های آندوکرین دخیل بوده ولی ماهیت دقیق آن هنوز ناشناخته مانده است. این طرح از پیگمانتاسیون در

لب فوقانی، گونه ها، پیشانی و چانه دیده شده و به دنبال تماس با نور آفتاب واضح تر می شود. رنگ این نواحی قهوه ای بوده، دو طرفه و اغلب متقارن هستند. قرص های ضد حاملگی از علل مهم ایجاد ملاسما است (۱، ۲). وجود این بیماری در ۵۰٪ تا ۷۰٪ خانمهای حامله (۳-۵) و ۸٪ تا ۲۹٪ خانمهایی که از قرصهای ضد حاملگی استفاده می کنند گزارش شده است (۱، ۶). شایعترین طرح بالینی ملاسما انتشار مرکز صورتی (centropacial) می باشد که در

مؤلف مسئول: دکتر حسن عدالتخواه - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، گروه پوست

گونه‌ها، پیشانی، لب فوقانی، بینی و چانه دیده می‌شود. طرح پروانه‌ای (malar) ملاسما در ۲۱٪ موارد دیده می‌شود که محدود به گونه‌ها و بینی است. طرح ماندیبولار (mandibular) در ۱۶٪ موارد و گرفتاری در راموس مندیبول می‌باشد (۷). ملاسما عمدتاً در سنین ۳۰-۵۵ سالگی شایع است (۸).

در اکثر موارد تشخیص ملاسما بصورت مشاهده ضایعات صورت می‌گیرد. این بیماری از هیپرملانوزیس‌های ناحیه صورت شامل ملانوزیس Riehl's، پوئی کیلودرماي Civatte، درماتیت برلوك، هیپرپیگمانتاسیون بعد از التهاب و دارویی، لیکن پلان آکتینیک، اکرونوزیس اگزوزن و درماتیت تماسی پیگمانته در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد (۹-۱۲). علی‌رغم اهمیت بیماری ملاسما و مشکلات عدیده‌ای که از نظر زیبایی و هزینه درمان برای خانمها ایجاد می‌کند، تاکنون در مورد شیوع واقعی بیماری در جامعه مطالعه زیادی انجام نشده و تنها شیوع آن در حاملگی و مصرف کنندگان قرص‌های حاملگی بررسی شده است. لذا به دلیل کثرت مراجعین این بیماری به درمانگاهها و مطب‌های خصوصی پوست، این مطالعه در شهر اردبیل طراحی و انجام گردید.

روش اجرا

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی طراحی و جمعیت مورد مطالعه ۹۰۰ نفر از زنان بالای ۱۱ سال خانوارهای شهر اردبیل برآورد گردید. نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای و از ۹۰۰ خانوار در ۲۵ پایگاه بهداشتی شهر اردبیل (از زنان بالای ۱۱ سال هر خانوار یک نفر به طور تصادفی انتخاب شد) انجام گرفت و در داخل هر خوشه نیز به صورت تصادفی ساده تعداد و مشخصات آدرس منازل متناسب با تعداد نمونه تعیین و جمع‌آوری گردید. عملاً تعداد نمونه به دلیل تغییر آدرس، عدم توانایی یافتن آدرسها

و سایر مشکلات به ۸۵۵ نفر کاهش یافت. پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی، محل ضایعات و علل ایجادکننده ملاسما (برای مثال در طی حاملگی، خود به خودی یا تماس بیش از حد با نور خورشید) و همچنین عوامل مرتبط از جمله همراهی آکنه، هیرسوتیسم و ریزش موی آندروژنیک طراحی شده و تحقیقات طی ۴ ماه با مراجعه به منازل و تکمیل پرسشنامه بوسیله مصاحبه و معاینه پوست صورت برای یک نفر از زنان بالای ۱۱ سال هر خانوار به طور تصادفی، انجام شد. نمونه‌گیران از کاروزان پزشکی که دوره‌اترنی بخش پوست را سپری کرده بودند انتخاب شده و آموزش لازم جهت تشخیص بالینی ضایعات ملاسمایی به این افراد داده شد.

الگوی انتشار ضایعات در نواحی مختلف صورت، طبق تعاریف زیر در نظر گرفته شد:

الگوی سنتر و فاشیال: انتشار در پیشانی، بینی، گونه‌ها و لب فوقانی و چانه،

مالار: انتشار در بینی و گونه‌ها،

مندیبولار: انتشار در راموس مندیبول.

برای بررسی شیوع ملاسما به تفکیک سن، سابقه مصرف دارو و سایر متغیرها از آمار توصیفی به صورت جداول فراوانی و فراوانی نسبی و جهت بررسی ارتباط بین تک تک متغیرها با شیوع ملاسما به تفکیک نوع متغیر از آزمونهای آماری نظیر X^2 و ANOVA استفاده گردید.

یافته‌ها

در این طرح، ۸۵۵ نفر از زنان بالای ۱۱ سال خانوارهای شهر اردبیل (از هر خانوار به طور تصادفی یک نفر) از نظر وجود یا عدم وجود ملاسما معاینه شدند. از این تعداد ۳۳۸ نفر (۳۹/۵٪) ملاسما داشتند و ۵۱۷ نفر (۶۰/۵٪) مبتلا نبودند.

محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۲-۸۵ سال بود. بیشتر

مبتلایان در گروه سنی ۲۲-۳۱ با تعداد ۱۲۶ نفر (۴۶/۷٪) بودند (جدول شماره ۱). تعداد ۷۷۶ نفر (۹۰/۸٪) از خانمهای مورد مطالعه متأهل و از این تعداد ۳۳۰ نفر (۴۲/۵٪) ملاسما داشتند. ۷۹ نفر دیگر (۹/۲٪) مجرد بودند که ۸ نفر از آنان (۱۰/۱٪) ملاسما داشتند. تعداد ۶۵ نفر (۷/۶٪) از خانمهای مورد مطالعه حامله و از این تعداد ۳۲ نفر (۴۹/۲٪) مبتلا به ملاسما بودند.

از بین ۳۲ نفر خانم حامله مبتلا به ملاسما ۶۸/۵٪ در سه ماهه سوم حاملگی بودند. از بین ۳۳ نفر خانم حامله غیرملاسمایی ۴۵/۵٪ در سه ماهه اول، ۲۱/۲٪ در سه ماهه دوم و ۳۳/۳٪ در سه ماهه سوم حاملگی قرار داشتند.

انتشار ضایعات در ۳۵۴ نفر (۶۴/۷٪) از نوع الگوی centrofacial و ۱۷۴ نفر (۳۱/۸٪) بصورت malar و ۱۹

نفر (۳/۵٪) مابقی از نوع مندیولار بود.

۲۲۱ نفر از کل خانمهای مورد مطالعه سابقه ملاسما را در سایر اعضای خانواده ذکر می کردند و از این تعداد ۱۳۸ نفر آنان (۶۲/۴٪) افرادی بودند که خودشان مبتلا به ملاسما بودند.

۲۰۳ نفر (۶۰/۱٪) از مبتلایان به ملاسما شروع بیماری خود را از زمان حاملگی ذکر کردند و ۶۱ نفر آنان (۱۸٪) به دنبال مصرف OCP دچار ملاسما شده بودند. ۱۲/۴٪ شروع بیماری را بدنبال مواجهه شدید با نور آفتاب ذکر کردند (جدول شماره ۲). در بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با شیوع ملاسما با استفاده از آزمونهای آماری X^2 و ANOVA مشخص شد که بین سن و سابقه مثبت خانوادگی با شیوع ملاسما ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ترکیب سنی افراد به تفکیک نوع گروه مورد مطالعه

جمع	غیر ملاسمایی		ملاسمایی		گروه ترکیب سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۰۵	۷۵/۷	۱۵۵	۲۴/۳	۵۰	۱۲-۲۱
۲۷۰	۵۳/۳	۱۴۴	۴۶/۷	۱۲۶	۲۲-۳۱
۲۱۰	۴۴/۳	۹۳	۵۵/۷	۱۱۷	۳۲-۴۱
۹۹	۶۶/۷	۶۶	۳۳/۳	۳۳	۴۲-۵۱
۳۹	۷۷	۳۰	۲۳	۹	۵۲-۶۱
۲۳	۹۵/۷	۲۲	۴/۱	۱	۶۲ به بالا
۹	۹۷/۸	۷	۲/۲	۲	نامشخص
۸۵۵	۶۰/۵	۵۱۷	۳۹/۵	۳۳۸	جمع

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی علل ایجادکننده ملاسما در بیماران ملاسمایی مورد مطالعه

اِتیولوژی ملاسما	فراوانی	درصد (%)
حاملگی	۲۰۳	۶۰/۱
مصرف OCP	۶۱	۱۸
آفتاب سوختگی	۴۲	۱۲/۴
خودبخودی	۲۴	۷/۱
مصرف اسپرونولاکتون	---	---
مصرف فنی توئین	---	---
موارد دیگر	۸	۲/۴
جمع	۳۳۸	۱۰۰

بحث

طبق نتایج مطالعات انجام شده ملاسما بیماری شایعی بویژه در خانمهای سنین باروری می باشد. در یک مطالعه بر روی ۲۰ خانم قفقازی حامله، ۹ نفر از آنان دچار هیپرملانوزیس پوستی بودند. علت هیپرملانوزیس در این گروه را عمدتاً به حاملگی، مصرف قرص های ضدبارداری، تماس با نور خورشید و تغییرات هورمونهایی جنسی نسبت دادند (۱۳).

طبق مطالعه دیگری ۷۰٪-۵۰٪ زنان حامله و ۸۷٪-۲۹٪ از خانمهای غیر حامله که قرص های ضدبارداری مصرف کرده بودند دچار ملاسما شدند (۱۴، ۱۵).

Halder در سال ۱۹۸۳ بر روی ۲۰۰۰ سیاه پوست آمریکایی که بعلت بیماریهای مختلف پوستی به بیمارستانهای واشنگتن مراجعه کرده بودند مطالعاتی انجام داد. طبق این مطالعه، ملاسما سومین اختلال پیگمانتاسیون پوستی در بین مراجعین به درمانگاههای پوستی است (۱۴).
طبق مطالعه Estrada-Castanon در مکزیک و Failmezger در پرو در سال ۱۹۹۲ بر روی مراجعین به درمانگاههای پوست، ۱۰٪-۴٪ بیماران ملاسما داشتند (۱۴).

مطالعه حاضر نشان می دهد که ملاسما در سطح جامعه بیماری بسیار شایعی است. بر اساس معاینات بالینی روی زنان اردبیل میزان شیوع ملاسما ۳۹/۵٪ بدست آمد. برای مقایسه این میزان شیوع در جامعه زنان شهر اردبیل با سایر جوامع، غیر از مطالعات ذکر شده، مطالعه دیگری یافت نشد.

در مطالعات قبلی بیشترین شیوع سنی ملاسما را ۳۰-۵۵ سالگی ذکر کرده اند. در مطالعه حاضر حدود ۸۰٪ خانمهای مبتلا به ملاسما در سن ۲۲-۵۰ سالگی، حدود ۱۵٪ آنان بین ۱۲-۲۳ و فقط ۳/۵٪ خانمهای مبتلا به ملاسما بالای ۵۰ سال قرار داشتند. بنابراین سن ملاسما در جامعه زنان شهر اردبیل احتمالاً تا حدودی پائین تر است (۸). در مطالعات بعمل آمده قبلی میزان شیوع ملاسما در زنان حامله ۵۰٪-۷۰٪ و در مطالعه دیگری بر روی ۱۴۰ خانم باردار میزان شیوع ملاسما ۴۶/۴٪ گزارش شده است (۵-۳). در مطالعه حاضر ۴۹/۲٪ از خانمهای حامله در مطالعه دچار ملاسما بودند. البته از ۵۰/۸٪ خانمهایی که حامله بوده ولی مبتلا به ملاسما نبودند، ۴۵/۵٪ آنان در سه ماه اول حاملگی بودند و محتمل است که درصدی از آن خانمها نیز در طول ماههای

بعد حاملگی خود دچار ملاسما شوند، چرا که در سه ماهه سوم حاملگی شیوع ملاسما به بالاترین حد خود می‌رسد. الگوی انتشار ضایعات در مطالعات قبلی ۶۳٪ ستروفاشیال، ۲۱٪ مالار و ۱۶٪ مندیولار گزارش شده است (۷). در مطالعه حاضر نیز بیشترین الگوی انتشار ستروفاشیال (۶۴/۷٪)، سپس مالار (۳۱/۸٪) و نوع مندیولار (۳/۵٪) بود و تفاوتی در نوع مندیولار با مطالعات قبلی وجود داشت.

در مورد دخیل بودن استعداد ژنتیکی در بروز ملاسما نظرات متفاوتی ارائه شده و وجود استعداد ژنتیکی با به وجود آمدن ملاسما در دو خواهر دوقلو نشان داده شده است. ولی با این حال نباید ملاسما را بعنوان اختلال ارثی در نظر گرفت (۱۶-۱۸). در مطالعه دکتر عدالتخواه و دکتر میرزائمدی سابقه مثبت خانوادگی ملاسما در ۳۳٪ افراد مورد مطالعه وجود داشت (۱۸). در مطالعه حاضر از ۳۳۸ خانم مبتلا به ملاسما تعداد ۱۳۸ نفر (۴۰/۸٪) و از ۵۱۷ نفر خانمهای غیرملاسماهی فقط ۸۴ نفر (۱۶/۲٪) سابقه مثبت خانوادگی در فامیل درجه یک را ذکر کردند و این رابطه آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0.05$).

۵۵/۷٪ خانمهای گروه سنی ۳۲-۴۱ سال مبتلا به ملاسما بودند و میزان ابتلا به ملاسما در گروه سنی ۲۲-۳۱ سال و ۴۲-۵۱ به ترتیب ۴۶/۷٪ و ۳۳/۳٪ بود. لذا بین سن و وجود ملاسما در گروههای سنی مختلف ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$) و به احتمال قوی این ارتباط بستگی به شیوع مشکلات هورمونی و دریافت OCP و افزایش سن حاملگی دارد.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ملاسما بیماری بسیار شایعی در جامعه زنان بوده و مشکلات فراوانی از نظر زیبایی برای آنان بوجود می‌آورد. لذا ضرورت انجام تحقیقات بعدی به منظور پیدا کردن عوامل ایجادکننده، نحوه درمان و پیشگیری وجود دارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از دانشجویان عزیز حمیده خو، معینی منش، آقاخانی و جناب آقای دکتر سپهرام و دکتر همایون صادقی از همکاران بهداشت شهرستان اردبیل و نیز مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اعلام می‌داریم.

منابع

- 1-Sanchez NP, Pathak MA, Sato, et al: Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural and immunofluorescence study. J Am Acad Dermatol 1995; 131: 1453-57.
- 2-Grimes PE. Melasma: etiologic and therapeutic considerations. Arch Dermatol 1995; 131: 1453-57.
- 3-Wrong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 493-94.
- 4-Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1982; 6: 977-98.
- 5-Black MM, Wilkinson JD. Skin disease in pregnancy. Keminetzky HA (ed). Principles and practice of obstetrics and perinatology. Philadelphia: John Wiley, 1987: 1361-79.
- 6-Resnick S. Melasma induced by oral contraceptive drugs. JAMA 1967; 199:

- 95-99.
- 7-Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al. Cutaneous medicine and surgery Philadelphia : Saunders , 1996: 180-84.
- 8-Piamphongsant T. Treatment of melasma. Int J Dermatol 1998; 37: 897-903.
- 9-Rorsman H. Riel Melamosis. Int J Dermatol 1982; 21: 75-78.
- 10-Serrano G, Pujoll J, et al. Riel melanosis: Pigmented contact dermatitis caused by fragrances. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 1057-60.
- 11-Benmaman O, Sanchez JL. Treatment and camouflaging of pigmentary disorders. Clin Dermatol 1988; 6: 50-61.
- 12-Harber LC, Harris H, Leider M, et al. Breloque dermatitis. Arch Dermatol 1964; 90: 572-76.
- 13-Rongioletti F, Robera A. A common pigmentary disorder of the arm in middle aged women. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 680-84.
- 14-Salim A, Rongifom, Cuer Volg, et al. Intervention for melasma. Cochran Skin Group, Dermatology Dept, Queens Medical Center, university Hospital, Nottingham NG 7 2 UH, UK.
- 15-Musaffar F, Hussain J, Haroon Ts. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. Int J Dermatol 1998; 37: 429-31.
- 16-Hughes BR. Melasma occuring in twin sisters. J Am Dermatol 1987; 17: 841.
- 17-Fitzpatrick TB ,Eisen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. New York: MCGraw-Hill,1997: 996-97.
- ۱۸- عدالتخواه ح، میرزائمدی م. بررسی ارتباط ملاسما با کیست‌های تخمدانی و هورمون‌های جنسی. فصلنامه بیماریهای پوست. ۱۳۸۱؛ ۲: ۱۹-۱۴.